

P77

219. ¿TIENE SENTIDO EL RETRASPLANTE CARDÍACO HOY EN DÍA?

Ramis S, López J, Martínez P, Castedo E, Serrano-Fiz S, García-Montero C, Gómez-Bueno M, Segovia J, Burgos RJ, Pulpón L, Ugarte J

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

Objetivos: la supervivencia del trasplante cardíaco ha mejorado considerablemente. Por ello, hay pacientes que son susceptibles de la realización de un retrasplante cardíaco debido a la enfermedad vascular del injerto. Hemos analizado retrospectivamente las causas y la evolución de los retrasplantes realizados en nuestro centro.

Métodos: entre 1984-2010 se han realizado 793 trasplantes cardíacos en la clínica Puerta de Hierro, de los cuales 23 son retrasplantes. Las indicaciones para la realización de la intervención fueron fallo primario del injerto (FPI) en 3 casos (13%), rechazo agudo (RA) en 4 casos (17,4%) y enfermedad vascular del injerto (EVI) en 16 (69,6%).

Resultados: la media (rango) entre el primer trasplante y el retrasplante fue 1 (0-2) día para FPI, 6 meses (3-16) para

RA y 10 (2-14) años para EVI. La mortalidad temprana después del retrasplante fue significativamente superior a la del primer trasplante (42,5 vs 17,2%; $p < 0,001$). Sin embargo, la mayor mortalidad perioperatoria fue dependiendo de la indicación del retrasplante (75% RA, 66,7% FPI y 31% para EVI; $p < 0,001$). La supervivencia a 1, 5 y 10 años son del 75,6, 65,2 y 54% para el trasplante cardíaco en nuestro centro, y de 38,6, 33,8 y 27,1% para el retrasplante cardíaco ($p < 0,001$).

Conclusiones: el retrasplante cardíaco está asociado a mayor riesgo que el trasplante cardíaco convencional. La selección de los candidatos es clave para mejorar los resultados, siendo mejores en la EVI. Si sobreviven al primer año post-procedimiento la supervivencia a medio plazo es similar al trasplante convencional.

P78

220. ASISTENCIA UNIVENTRICULAR IZQUIERDA BERLIN HEART COMO PUENTE AL TRASPLANTE EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR GRAVE

Martínez Cabeza P, Castedo Mejuto E, Ramis Pocovi S, López Fernández J, Serrano-Fiz García S, García Montero C, Burgos Lázaro RJ, Gómez Bueno M, Segovia Cubero J, Pulpón LA, Ugarte Basterrechea J

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

La hipertensión pulmonar (HTP) grave es un factor de riesgo de mortalidad perioperatoria durante el trasplante cardíaco (TC). Los pacientes con HTP refractaria al tratamiento con vasodilatadores pulmonares son frecuentemente excluidos como candidatos a trasplante por su elevado riesgo. Presentamos nuestra experiencia en la implantación de una asistencia univentricular izquierda como puente al TC en este tipo de pacientes.

Material y métodos: en 2009, dos pacientes con miocardiopatía dilatada e HTP grave (resistencias vasculares pulmonares > 5 UW a pesar de tratamiento con prostaciclina, milrinona y sildenafil oral) fueron excluidos temporalmente del programa de TC y sometidos a la implantación de una asistencia univentricular izquierda tipo Berlin Heart® Excor como terapia de rescate.

Resultados: la asistencia se implantó con éxito en ambos casos, sin necesidad de soporte ventricular derecho temporal. Los pacientes fueron dados de alta con el dispositivo y trasplantados tras 72 y 124 días de asistencia, respectivamente. Las resistencias pulmonares en el cateterismo pre-TC se redujeron de 5,1 a 2,3 UW en un caso y de 5 a 1,1 UW en el otro. El TC se llevó a cabo sin observarse disfunción ventricular derecha perioperatoria. Ambos pacientes están de alta en grado funcional I de la *New York Heart Association* (NYHA).

Conclusiones: en nuestra limitada experiencia, este tipo de estrategia permite: a) reducir significativamente la presión pulmonar; b) realizar el trasplante cardíaco, y c) hacerlo con garantías de éxito.